

บทที่ 1

บทนำ

การมีสุขภาพดีเป็นสิ่งพึงประสงค์ของการดำรงชีวิตของบุคคล นอกจากนี้การที่บุคคลมีสุขภาพดีย่อมส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ เพราะการมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีสุขภาพดีและมีคุณภาพย่อมสามารถสร้างสรรค์ความเจริญก้าวหน้าให้แก่ประเทศในอนาคตได้เป็นอย่างดี

การได้รับบริการเพื่อสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะให้ประชาชนทุกคนบรรลุถึงการมีสุขภาพดีในระดับสูงสุด ดังนั้นเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ดังกล่าว ทุกประเทศจึงได้ดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงว่าบุคคลนั้นจะมีความสามารถในการรับภาระค่าใช้จ่ายทางด้านบริการได้หรือไม่ โดยถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่รัฐพึงดำเนินการ

สำหรับประเทศไทยซึ่งเป็นสมาชิกองค์การอนามัยโลก (World Trade Organization: WTO) ก็ได้ดำเนินการตามนโยบาย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี โดยได้กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ตามมาตรา 41 ความว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้ได้สิทธิรับการรักษาพยาบาล โดยไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ” นั้นหมายถึงว่า บริการที่บุคคลได้รับเป็นบริการทางด้าน การแพทย์และอนามัยทางด้านการส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งเป็นบริการที่ได้มาตรฐาน และรัฐธรรมนูญก็ได้บัญญัติเป็นแนวทางในมาตรา 89 ไว้ว่า “รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานโดยทั่วถึง และพึงให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า และพึงส่งเสริมให้เอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันโรค และการขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์” ซึ่งนโยบายรัฐบาลด้านการสาธารณสุขของรัฐบาลปัจจุบันก็ได้สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพแก่ประชาชน ดังนั้นรัฐจึงได้ดำเนินการในการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนโดยทั่วถึงและครอบคลุมอย่าง เร่งด่วน

หลักการและเหตุผล

สุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชนเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการพัฒนาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ โดยทั่วไปรัฐบาลทุกประเทศได้มีการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศไทยก็เห็นความสำคัญของสาธารณสุขมูลฐานเช่นกัน โดยที่ผ่านมามีการขยายการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนผ่านกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ สามารถเข้าถึงระบบบริการได้ง่ายยิ่งขึ้น แต่ก็มีประชาชนอีกกลุ่มหนึ่งที่ยังไม่อยู่ในความคุ้มครองของระบบใดๆ ประชาชนกลุ่มนี้ ได้แก่ เกษตรกรในชนบท กลุ่มผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการขนาดเล็ก และผู้ประกอบการอาชีพอิสระ เป็นต้น

การขยายหลักประกันด้านสุขภาพไปสู่ประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันใดๆ นั้น เป็นความมุ่งหวังของรัฐบาลในการที่จะขยายความครอบคลุมให้มากที่สุด โครงการบัตรประกันสุขภาพ จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการขยายการคุ้มครองประกันสุขภาพแก่ประชาชน โดยให้สิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลฟรีจากสถานพยาบาลที่กำหนด

รัฐบาลไทยได้ร่างพระราชบัญญัติที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพของประชาชนไว้ในกฎหมาย 3 กระทรวงด้วยกัน¹ คือ

1. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ภายใต้ “โครงการบัตรประกันสังคม” และ “โครงการกองทุนเงินทดแทน”
2. กระทรวงการคลัง ภายใต้ “สวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ”
3. กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
 - 3.1 โครงการสวัสดิการประชาชน (สปร.)
 - 3.2 โครงการบัตรประกันสุขภาพ
 - 3.3 โครงการผู้ได้รับสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 ประเภท ก. ข. ค. ง.
 - 3.4 คนต่างด้าว
 - 3.5 ผู้ไม่มีสวัสดิการใด ๆ

รัฐบาลเป็นห่วงต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเฉพาะต่อบุคคลที่ด้อยโอกาสหรือผู้ที่ไม่มีการลี้ยงชีพประกันสุขภาพของสถานพยาบาลเอกชนได้ และมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2

¹ ดูตารางประกอบ ผนวก ข

รัฐบาลเป็นห่วงต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเฉพาะต่อบุคคลที่ด้อยโอกาส หรือผู้ที่ไม่มีกำลังซื้อประกันสุขภาพของสถานพยาบาลเอกชนได้ และมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2 กระทรวงด้วยกัน โดยกระทรวงแรงงานได้ออกพระราชบัญญัติแรงงานและสวัสดิการสังคมขึ้น เพื่อให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างที่อยู่ในองค์กรของนายจ้างที่มี ลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ให้มีสิทธิทำบัตรประกันสังคมได้ ส่วนกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้ความดูแลในด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยตรง มีโครงการในความดูแลสำหรับสุขภาพของประชาชนจำนวนมาก และเพื่อให้เหมาะสมและครอบคลุมต่อประชากรทุกกลุ่มมากที่สุด โดย"โครงการสวัสดิการประชาชน" (สปร.) นั้น มุ่งให้สิทธิแก่เด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ พระ หรือ ผู้นำศาสนา เป็นต้น "โครงการบัตรประกันสุขภาพ" สำหรับผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการใด ๆ จากทั้งภาครัฐและเอกชน แต่พอที่จะมีกำลังซื้อประกันสุขภาพรัฐบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว "โครงการผู้ได้รับสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 ประเภท ก. ข. ค. และ ง." โดย ประเภท ก. ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ทหารผ่านศึก แพทย์ประจำตำบล เป็นต้น ประเภท ข. ได้แก่ ผู้บริจาคโลหิตของสภากาชาดไทย ซึ่งมีหนังสือรับรองว่าได้บริจาคโลหิตตั้งแต่ 16 ครั้งขึ้นไป และอาสาสมัครคุมประพฤติกระทรวงยุติธรรม ประเภท ค. ได้แก่ ข้าราชการประจำ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ สมาชิกวุฒิสภา สมาชิกสภา ผู้แทนราษฎร ฯลฯ เป็นต้น ประเภท ง. ได้แก่ สมาชิก ครูสภา ทหารผ่านศึกนอกประจำการชั้นที่ 3 และชั้นที่ 4 และลูกเสือชาวบ้าน เป็นต้น "โครงการสำหรับคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย" และสุดท้าย "โครงการสำหรับผู้ที่ไม่มียุติการ"

จากการสำรวจจากความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชากรทั้งประเทศ ปี พ.ศ. 2541² พบว่า ประชาชนที่ได้รับความคุ้มครองโดยมีหลักประกันสุขภาพจากสวัสดิการที่รัฐจัดให้มีสัดส่วนดังนี้

○ ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	ประมาณร้อยละ 7
สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)	ประมาณร้อยละ 47
การประกันสุขภาพตามโครงการบัตรประกันสังคม	ประมาณร้อยละ 6
การประกันสุขภาพตามโครงการบัตรประกันสุขภาพ	ประมาณร้อยละ 24 ³

² ร่องปลัดกระทรวงสาธารณสุข(นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา), "สถานการณ์การดำเนินงานประกันสุขภาพ ปัญหา และอุปสรรค", สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข (12 มิถุนายน 2541): 1.

³ รูปภาพประกอบ ผนวก ง

จัดให้ประชาชนได้รับหลักประกันสุขภาพครอบคลุม 100 % การจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนที่จะให้มีความครอบคลุมและเป็นธรรมนับว่าเป็นงานที่สำคัญมากงานหนึ่ง ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้เร่งดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนภายใต้ "โครงการบัตรประกันสุขภาพ" (ปรับปรุงมาจาก "โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก") โดยโครงการบัตรประกันสุขภาพจะให้สิทธิเฉพาะกลุ่มประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันทางด้านสุขภาพเท่านั้น ซึ่งกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้มีอาชีพเกษตรกรรม ผู้มีอาชีพอิสระ กลุ่มพนักงานหรือลูกจ้างในองค์กรที่ไม่เข้าข่ายระบบประกันสังคม หรือนายจ้างที่ไม่ได้จัดให้มีสวัสดิการทางด้านการรักษาพยาบาลแก่พนักงาน/ลูกจ้าง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า โครงการบัตรประกันสุขภาพมีประโยชน์อย่างมาก โดยเฉพาะต่อกลุ่มประชาชนที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำให้ได้มีสวัสดิการการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมและทั่วถึง แต่ถึงอย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบได้ว่า บัตรประกันสุขภาพยังไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลายนัก ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ประการด้วยกัน ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการวิเคราะห์ผลตอบแทนสำหรับผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ ของโครงการบัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข นั้นจะเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจทั้งต่อภาครัฐและประชาชน โดยในส่วนของภาครัฐจะทำให้สามารถจัดสวัสดิการด้านหลักประกันสุขภาพที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนได้เหมาะสมต่อไป และในส่วนของประชาชนทำให้ทราบว่าผลตอบแทนที่ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพได้รับในรูปตัวเงินจะได้มากน้อยเพียงใด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการวิเคราะห์ผลตอบแทนสำหรับผู้ถือบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ประจำปีงบประมาณ 2539 - 2541

ขอบเขตและวิธีการศึกษา

1. ขอบเขตการศึกษา

- 1.1 ประชากรเป้าหมาย : ผู้ถือบัตรทั้งหมดในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
 - ปีงบประมาณ 2539 จำนวน 1,265 ราย
 - ปีงบประมาณ 2540 จำนวน 4,689 ราย
 - ปีงบประมาณ 2541 จำนวน 6,669 ราย
- 1.2 เวลา : ปีงบประมาณ 2539 – 2541 หมายถึง ช่วงเวลาที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ
- 1.3 ประเด็นการศึกษา : คำนึงถึงผลตอบแทนต่อผู้ถือบัตรประกันสุขภาพที่เป็นตัวเงินเท่านั้น โดยศึกษาภาพรวมของผู้ถือบัตรทั้งหมด มิใช่เฉพาะรายใดรายหนึ่ง
- 1.4 สมมติฐาน : กำหนดให้จำนวนผู้ที่เข้ามาใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลตามบัตรประกันสุขภาพ เป็นสัดส่วนโดยเฉลี่ย 40% ของจำนวนผู้ที่มีสิทธิในบัตรประกันสุขภาพ⁴

2. วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลดิบที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งได้ข้อมูลทั้งหมดจากฐานข้อมูลต่อไปนี

ตาราง 1 ข้อมูลที่ต้องการทั้งหมดสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ พร้อมทั้งแหล่งข้อมูล

	ข้อมูลที่ต้องการ	แหล่งข้อมูล
1	รายได้ของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพทุกคน ระหว่างปีงบประมาณ 2539 – 2541	บัญชีค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และสถานีอนามัยที่เข้าร่วมโครงการบัตรประกันสุขภาพ สำหรับการมาใช้สิทธิรักษาพยาบาลของผู้มาใช้สิทธิ ในระหว่างปีงบประมาณ 2539 -2541
2	ต้นทุนของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพทุกคน ระหว่างปีงบประมาณ 2539 – 2541	สำเนาใบเสร็จรับเงินที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องออกให้ผู้มาซื้อบัตรประกันสุขภาพ จากการมาซื้อ

⁴ จากการสัมภาษณ์ คุณวันเพ็ญ รัตนกมลกานต์, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ดูแลโครงการบัตรประกันสุขภาพ เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2542

		บัตรประกันสุขภาพ ในระหว่างปีงบประมาณ 2539 -2541
3	รายละเอียดของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพระหว่างปีงบประมาณ 2539 – 2541 แยกตามเพศ อายุ ระดับรายได้ และการประกอบอาชีพ	ได้มาจากสำเนาใบเสร็จรับเงินเช่นเดียวกับข้อ 2 แต่รายละเอียดในสำเนา ระบุเพียงผู้มีสิทธิในบัตรในส่วนเพศ และอายุ เท่านั้น
4	รายละเอียดของผู้มาใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลตามสิทธิในบัตรประกันสุขภาพ ได้แก่ รายชื่อผู้มาใช้สิทธิ จำนวนของผู้มาใช้สิทธิทั้งหมดระหว่างปีงบประมาณ 2539 –2541 ต้นทุนแต่ละครั้งในการเข้ารับการรักษาพยาบาล อาการของโรคหรือสาเหตุของโรคในการเข้ามารับการรักษาพยาบาล	(หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องไม่สามารถให้ข้อมูลส่วนดังกล่าวได้เนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วน)
5	จำนวนบัตรประกันสุขภาพทั้งหมดที่จำหน่ายได้ทั้งหมด ในระหว่างปีงบประมาณ 2539 - 2541	ได้มาจากสำเนาใบเสร็จรับเงินเช่นเดียวกับข้อ 2
6	จำนวนครัวเรือน	ขอข้อมูลตัวเลขจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ สาขาเชียงใหม่
7	จำนวนประชากร	ขอข้อมูลตัวเลขจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ สาขาเชียงใหม่
8	จำนวนสมาชิกบัตรประกันสุขภาพ	ได้มาจากสำเนาใบเสร็จรับเงินเช่นเดียวกับข้อ 2

จากข้างต้น พบว่า ข้อมูลทั้งหมดที่จำเป็นสำหรับการค้นคว้าในครั้งนี้ ผู้ศึกษาสามารถรวบรวมข้อมูลได้เพียงบางส่วนเท่านั้น โดยขาดข้อมูลในส่วนของผู้มาใช้สิทธิรักษาพยาบาลจริง (ตาราง 1 ข้อ 4) อีกทั้งขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลนั้น ต้องรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลดิบแต่ละฉบับ ซึ่งเป็นงานที่ต้องใช้เวลามาก เนื่องจากผู้ศึกษาต้องเก็บรวบรวมจากหน่วยงานหลาย ๆ แห่ง ข้อมูลมีอยู่กระจัดกระจาย และระบบการจัดเก็บข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่มีการจัดเก็บเอกสารในรูปของฐานข้อมูลแต่อย่างใด ทำให้ข้อมูลไม่ต่อเนื่องและไม่ครบถ้วน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงไม่มีข้อมูลสนับสนุนในส่วนของผู้มาใช้สิทธิจริง ทำให้ผู้ศึกษาจำเป็นต้องตั้งสมมติฐานตามหัวข้อ 1.4 ข้างต้น ซึ่งจะได้อธิบายถึงเหตุผลของการตั้งสมมติฐานในบทที่ 4 ต่อไป

2.1 วิเคราะห์ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ

ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2539 – 2541 เพื่อจะสมารถนำมาแจกแจงความถี่ให้ทราบถึงลักษณะโดยรวมของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด โดยแยกตามเพศ และตามช่วงอายุ

ในครั้งแรกผู้ศึกษาต้องการจะศึกษาลักษณะของผู้มีสิทธิในบัตรประกันสุขภาพในหลายแง่มุม ไม่เพียงแต่พิจารณาในแง่เพศ และอายุเท่านั้น แต่เนื่องจากข้อมูลที่รวบรวมได้สำหรับการวิเคราะห์ตามหัวข้อนี้ ได้จาก “สำเนาใบเสร็จรับเงินที่หน่วยงานที่มีหน้าที่จำหน่ายบัตรประกันสุขภาพให้แก่ผู้สนใจ” ซึ่งในสำเนาดังกล่าว มีรายละเอียดแต่เพียง จำนวนผู้มีสิทธิใช้บัตรในบัตรนั้น ๆ โดยระบุรายชื่อ อายุ เพศ วันที่ซื้อบัตร วันที่ออกบัตร วันหมดอายุของบัตรเล่มที่ใบเสร็จรับเงิน เลขที่ใบเสร็จรับเงิน⁵ เท่านั้น

ดังนั้นในการวิเคราะห์ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพในการศึกษานี้ จึงจำแนกลักษณะของผู้มีสิทธิในบัตรได้เพียง 2 ลักษณะเท่านั้น คือ ตามเพศและช่วงอายุ (รายละเอียดแหล่งข้อมูล แสดงตามตารางที่ 1 ข้อที่ 3) โดยหลังจากที่ผู้ศึกษารวบรวมสำเนาใบเสร็จรับเงินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในระหว่างปีงบประมาณ 2539 – 2541 ได้แล้วนั้น จึงได้รวบรวมและทำสถิติแยกตามประเภทตามรายละเอียด แยกตามเพศและช่วงอายุ

บัตรประกันสุขภาพ 1 บัตร ระบุผู้มีสิทธิในบัตรสูงสุดได้ ไม่เกิน 5 คน และจากการรวบรวมข้อมูลดิบของผู้มีสิทธิในบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ประจำปีงบประมาณ 2539 – 2541 พบว่า มีจำนวนผู้มีสิทธิในบัตร ดังนี้

- ปีงบประมาณ 2539 จำนวน 1,265 ราย
- ปีงบประมาณ 2540 จำนวน 4,689 ราย
- ปีงบประมาณ 2541 จำนวน 6,669 ราย

⁵ รูปภาพประกอบ ผนวก ง

2.2 วิเคราะห์ผลตอบแทนของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ

หลังจากทำการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง(รายละเอียดแหล่งข้อมูล แสดงตามตารางที่ 1 ข้อที่ 1 และ 2) สำหรับทำการวิเคราะห์ผลตอบแทนของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพในเชิงต้นทุนและผลประโยชน์ของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ สามารถจำแนกการวิเคราะห์ได้ ดังนี้

2.2.1 ต้นทุนของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ: โดยเป็นการรวบรวมข้อมูลในส่วนของ ค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลคิดค่าบริการ แต่ไม่ได้เรียกเก็บเงิน จากผู้มาใช้สิทธิในระหว่างปีงบประมาณ 2539 –2541 (ตารางที่ 1 ข้อที่ 2)

2.2.2 ผลประโยชน์ที่ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพได้รับจากการเข้าไปใช้สิทธิรักษาพยาบาล: โดยเป็นการรวบรวมข้อมูลจากข้อมูล ในส่วนของยอดค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลหรือสถานอนามัยที่ร่วมโครงการบัตรประกันสุขภาพ ต้องเสียต้นทุนในส่วนของการให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้มาใช้สิทธิรับการรักษาพยาบาล (ตาราง 1 ข้อที่ 1)

2.2.3 ผลตอบแทนของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ: ในที่นี้ ผู้ศึกษาใช้วิธีในการศึกษาหาผลตอบแทนของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ ด้วย 3 วิธี ดังนี้

2.2.3.1 ผลตอบแทนสุทธิ (Net Benefit) โดยการเปรียบเทียบระหว่าง ผลตอบแทนกับต้นทุนที่เกิดขึ้นทั้งหมด ของผู้ถือบัตรในแต่ละปีงบประมาณ 2539, 2540 และ 2541

2.2.3.2 อัตราส่วนผลตอบแทนต่อต้นทุน (B/C Ratio) โดยการเปรียบเทียบหาอัตราส่วนระหว่างผลตอบแทนกับต้นทุนที่เกิดขึ้นทั้งหมด ของผู้ถือบัตรในแต่ละปีงบประมาณ 2539, 2540 และ 2541

2.2.3.3 วิธีมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value Method) ในที่นี้เป็น การนำ Present Value Method มาช่วยในการศึกษา โดยใช้ แนวความคิดที่ว่า หากผู้ซื้อบัตรตอนต้นปี (เทียบได้กับกระแสเงินสดออกของผู้ซื้อบัตรตอนต้นปี) เพื่อจะได้มีสิทธิใช้บัตรประกันสุขภาพได้ตลอดทั้งปี (เทียบได้กับกระแสเงินสดเข้าตอนปลายปี) และเมื่อนำมาคำนวณมูลค่าปัจจุบันของกระแสเงินสดเข้าปลายปี เทียบย้อนกลับมาตอนต้นปี แล้วนำมาเทียบเป็นอัตราส่วน กับกระแสเงินสดออกต้นปี แล้ว จะทำให้สามารถประมาณ อัตราผลตอบแทนในแต่ละปีงบประมาณได้

2.3 ความครอบคลุมของบัตรประกันสุขภาพ

หลังจากที่ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลจำนวนสมาชิกบัตรประกันสุขภาพ (ตามตารางที่ 1 ข้อที่ 8) ได้แล้วนั้น ก็นำมาเปรียบเทียบเชิงร้อยละกับจำนวนครัวเรือน และจำนวนประชากรในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จังหวัดเชียงใหม่ (ตามตารางที่ 1 ข้อที่ 6 และ 7) จะทำให้สามารถทราบอัตรา ดังนี้

2.3.1 ความครอบคลุมครัวเรือน

2.3.2 ความครอบคลุมประชากร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. ทำให้ทราบถึงผลตอบแทนเฉลี่ยของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สำคัญต่อการตัดสินใจของประชาชนที่จะซื้อบัตรประกันสุขภาพ
2. สามารถนำผลการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาปรับปรุงการบริหารจัดการโครงการบัตรประกันสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
3. เป็นแนวทางแก่ผู้สนใจในการศึกษาวิเคราะห์ระบบประกันสุขภาพต่อไป
4. ทำให้ทราบถึงระบบโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยละเอียด

นิยามศัพท์ในการวิเคราะห์

การประกันสุขภาพ หมายถึง การที่ประชาชนได้รับประกันว่าจะได้รับบริการทางการแพทย์และอนามัยอันจำเป็นที่มีประสิทธิภาพ ได้คุณภาพและมาตรฐานโดยไม่ต้องเสียเงินค่าบริการ

ผู้มีประกัน หมายถึง ผู้มีชื่อในบัตรประกันสุขภาพและมีสิทธิตามระเบียบนี้

เงินทุน หมายถึง เงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ

หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และให้หมายความรวมถึงหน่วยบริการในสังกัดส่วนราชการอื่นที่กระทรวงสาธารณสุขรับเข้าร่วมในงานประกันสุขภาพตามระเบียบนี้

การบริการทางการแพทย์ หมายถึง การบริการทางการแพทย์และการอนามัยพื้นฐานอันจำเป็น เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการอื่นเพื่อสุขภาพที่หน่วยบริการจัดขึ้นตามที่กำหนดในระเบียบนี้

สมาชิกบัตรประกันสุขภาพ หมายถึง ผู้ที่ขึ้นทะเบียนและมีรายชื่อในบัตรประกันสุขภาพเรียบร้อยแล้ว และสามารถใช้สิทธิที่กำหนดในเงื่อนไขตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2538 ได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ตามสิทธิที่พึงได้รับในรอบปีงบประมาณ 2541

บัตรประกันสุขภาพ หมายถึง บัตรสวัสดิการเพื่อการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลทั่วไป ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไปที่ยังไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลใดมารองรับเมื่อยามเจ็บป่วย โดยที่ประชาชนต้องจ่ายเงิน 500 บาทเป็นค่าลงทะเบียนเพื่อการขอรับบัตร ลักษณะบัตรเป็นบัตรครอบครัวประกอบด้วยบุคคลในครอบครัว 5 คน ในระยะเวลา 1 ปี

การบริหารจัดการ หมายถึง การจัดตั้งหน่วยงานและกำหนดผู้รับผิดชอบงานโครงการบัตรประกันสุขภาพ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการบัตรประกันสุขภาพ

การจัดบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้มีประกันสุขภาพ หมายถึง การปรับปรุงโครงสร้างการให้บริการผู้มีบัตรประกันสุขภาพ การจัดหน่วยประชาสัมพันธ์ จัดหน่วยรับเรื่องร้องทุกข์แก่ผู้มีบัตรประกันสุขภาพ การแยกแยะทะเบียน และการเยี่ยมเยียนผู้มีบัตรประกันสุขภาพ

ค่าอนามัยพื้นฐาน หมายถึง ค่าใช้จ่ายการบริการด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค

ค่าบริหาร การจัดการ และการประชาสัมพันธ์ หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการบริหารโครงการบัตรประกันสุขภาพ

ผู้นำชุมชน หมายถึง บุคคลที่มีบทบาทในชุมชนท้องถิ่น อาทิเช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และแกนนำในหมู่บ้าน เป็นต้น

อสม. (อาสาสมัครหมู่บ้าน) หมายถึง บุคคลที่มีความยินดีที่จะเข้ามาเป็นตัวแทนเพื่อเป็นผู้ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับชาวบ้านในท้องถิ่น เพื่อช่วยประชาสัมพันธ์ข่าวสารทางสาธารณสุขให้เข้าถึงชาวบ้านในแต่ละท้องถิ่นให้เร็วขึ้น

โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) หมายถึง โครงการที่ให้สิทธิการรักษาพยาบาลฟรี สำหรับเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 0 -12 ปี, นักเรียนมัธยมต้น, ผู้สูงอายุ (มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป), ผู้พิการ/ทุพพลภาพ, ทหารผ่านศึกและครอบครัว, ภิกษุ/สามเณร/ผู้นำศาสนา